

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 117

LES PATHOMIMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 juillet 1939

PAR

Pierre-Marie-Antoine LEBREUIL

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BRIOUX-SUR-BOUTONNE (Deux-Sèvres), le 11 juillet 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président
		CREYX, professeur	{ Juges.
		DELMAS-MARSALET, agrégé	
		DERVILLEE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6. place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 117

LES PATHOMIMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 juillet 1939

PAR

Pierre-Marie-Antoine LEBREUIL

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BRIOUX-SUR-BOUTONNE (Deux-Sèvres), le 11 juillet 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président
		CREYX, professeur	Juges.
		DELMAS-MARSALET, agrégé	
		DERVILLEE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6. place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMEN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odontostomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PÉRRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anat. mte.	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLEE.
id.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.

MM.

Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	MASSÉ.
id.	DARGET.
id.	N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLEE.
Urologie	DARGET.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

MM.

Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE — A MA MERE

En reconnaissance.

A MA FIANCEE

A MA MARRAINE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES CAMARADES DE LA PROMOTION « LE DANTEC »

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFON

*Ancien Interne des Hôpitaux,
Chef de Clinique des maladies nerveuses et mentales
de la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

Qui nous a guidé dans ce travail et
nous a toujours témoigné la plus bien-
veillante sympathie.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS-MARSALET

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

Dont nous avons pu apprécier l'enseignement pendant notre stage d'externat, et qui nous a fait aimer la neuro-psychiatrie.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant de présider
cette thèse et lui offrons l'hommage de
notre respectueuse reconnaissance.

LES PATHOMIMES

INTRODUCTION

Le terme de pathomimer ($\pi\alpha\theta\omicron\varsigma$ = maladie, $\mu\iota\mu\epsilon\iota\nu$ = simuler) fut créé en 1908 par Paul Bourget à la demande de Dieulafoy, pour désigner un malade de ce dernier qui, simulant une maladie qu'il n'avait pas, provoquait artificiellement des lésions de sphacèle sur ses membres supérieurs.

Dieulafoy lui-même, commentant cette observation, sur laquelle nous aurons à revenir, la rangeait dans le cadre clinique de la mythomanie, créé par Dupré en 1905.

Par la suite, il semble bien que les observations publiées sous le terme de pathomimie se soient, en réalité, appliquées surtout à des mythomanes. Dupré ne déclare-t-il pas d'ailleurs que pathomimes et mythomanes « sont une seule et même chose, ou plutôt que la pathomimie n'est qu'un petit département de la mythomanie ».

Pourquoi alors avoir encombré le vocabulaire psychiatrique, déjà suffisamment riche, d'un substantif un peu barbare, tout juste capable d'effrayer le non-initié ou de borner l'effort diagnostique du spécialiste ?

En fait, il semble que le cadre de la pathomimie soit beaucoup plus vaste que celui qu'on lui avait primitivement réservé, et deux observations, recueillies l'une à la Clinique

des maladies nerveuses et mentales (Professeur J. Abadie), et l'autre dans le service du Docteur Lefèvre, nous ont incité à apporter quelques correctifs à cette opinion.

En effet, la définition donnée par Diculafoy, et que nous adopterons, est très large : le terme de pathomime désigne pour nous des malades « qui, sans intention de fraude ni de lucre, créent artificiellement des symptômes objectifs d'affections qu'ils n'ont pas ». Nous croyons qu'un tel cadre englobe des sujets obéissant à des mécanismes psychologiques très différents.

Une première distinction s'impose d'emblée : séparer les pathomimes des simulateurs banaux, dont l'intention frauduleuse et intéressée ne fait pas de doute, ceux qui recherchent une réforme, une pension, ou plus simplement une hospitalisation.

Après les avoir brièvement étudiés, nous éliminerons donc, comme faux pathomimes, les simulateurs qui appartiennent plus à la médecine légale qu'à la psychiatrie. Nous éliminerons également les hystériques, que nous essaierons, à la lumière des multiples discussions qui se sont élevées à leur sujet, de distinguer du cadre qui nous intéresse.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons les différentes sortes de pathomimes répondant à notre définition, c'est-à-dire les simulateurs conscients et volontaires, mais matériellement désintéressés. Les mythomanes, très connus depuis Dupré, nous retarderont peu, bien qu'ils groupent la majorité des pathomimes. Il nous a paru plus intéressant d'insister sur deux catégories de malades, de connaissance plus neuve, et pour lesquels les notions de constitution semblent jouer un rôle très important.

Chez les uns, hyperémotifs, la recherche de la douleur est l'élément essentiel du processus pathologique, et aboutit à une véritable perversion, assez analogue à celle des toxicomanes; chez les autres, dotés d'une constitution hypochondriaque, la simulation n'est qu'un élément d'appoint dans

le riche tableau séméiologique que présentent ces abonnés de la maladie.

La classification que nous proposons, bien qu'assez théorique, tient compte de la majorité des faits cliniques. Si quelques observations complexes rentrent difficilement dans un cadre bien déterminé, nous avons cru cependant utile de tenter un tel essai nosographique.

CHAPITRE PREMIER

LES FAUX PATHOMIMES

I. — *Les simulateurs « intéressés ».*

Sans doute existent-ils depuis toujours. Nos ancêtres vivant dans les cavernes ne devaient pas être moins habiles que nos modernes « resquilleurs ». Depuis bien longtemps, l'art de tromper ses semblables doit être une des grandes lois réglant les rapports entre les individus. C'est surtout dans l'armée et les pénitenciers que se recrutaient jusqu'ici la plupart des simulateurs. Les progrès des lois sociales, les lois sur les accidents du travail, par une conséquence inattendue, les ont fait apparaître dans d'autres milieux. Avec elles sont nés ce que l'on a pu appeler les « maîtres chanteurs » de la maladie et tous ceux qui entrent dans le groupe des revendicateurs. Ils intéressent le médecin légiste plus que le psychiatre, encore qu'il soit parfois difficile de déterminer les limites de la simulation intéressée, intentionnelle. Celle-ci englobe les allégations fantaisistes de troubles subjectifs et les faits d'irritation artificielle d'états morbides ou de lésions spontanées. Elle comporte trois éléments : Intervention de la volonté, intention de tromper et but intéressé. Ce dernier point est de beaucoup le plus important et peut, à lui seul, différencier le simulateur du pathomime véritable. C'est le cas classique du soldat qui veut échapper à une corvée désagréable ou à un poste ennuyeux.

Différentes catégories de simulateurs.

S'ils obéissent tous à un même mobile, les simulateurs peuvent cependant se classer en plusieurs groupes. Il existe,

en effet, une différence entre le sujet qui se plaint d'une céphalée inexistante et celui qui, en ingérant de l'acide picrique, fait apparaître sous ses téguments la teinte jaune de l'ictère. C'est pourquoi nous pouvons très artificiellement envisager la classification suivante.

a) **SIMULATEUR SUBJECTIF.** — C'est le cas du malade qui se plaint d'une céphalée violente ou prétend souffrir d'une douleur lombaire l'empêchant de reprendre son travail.

b) **SIMULATEUR OBJECTIF.** — Peut-être moins fréquent, il n'hésite pas à reproduire sur son propre corps des lésions pathologiques et se rapproche, par conséquent, des pathomimes.

Dans la législation militaire, on voit surtout des lésions créées de toute pièce, alors que dans la pratique civile on se trouve en présence de sujets qui entretiennent des lésions existantes ou simulent des conséquences d'un accident. A ce groupe appartient le soldat qui, pendant la guerre, se coupait volontairement l'index droit pour ne plus pouvoir tirer du fusil. Les coloniaux, les légionnaires, sont passés maîtres dans ce genre de simulation. Chez eux, l'imagination n'est jamais en défaut. Avec une aiguille ordinaire et du fil souillé de matière fécale, ils provoquent un abcès sous-cutané. D'autres se blessent avec leurs armes. N'est-il pas jusqu'au malheureux mendiant du coin de la rue qui ne devient difforme ou même manchot que par un artifice et une connaissance approfondie du « métier », afin de mieux apitoyer le passant. On pourrait multiplier les exemples, suicide, folie simulés, mais ce serait sortir de notre sujet.

Etat mental des simulateurs.

Dans les différents groupes que nous venons d'envisager, le mécanisme psychologique varie sans que l'on puisse attribuer à chacun un état mental particulier.

C'est ainsi que nous trouvons tout d'abord ce que l'on

pourrait appeler le simulateur normal ne présentant aucun trouble psychique. Chez lui, tout est bien équilibré, et son manège constitue une bonne opération, le risque à courir et le gain pouvant être raisonnablement mis en balance, ce dernier étant toujours important par rapport au sacrifice consenti. C'est le cas du soldat qui se blesse légèrement au pied avant de partir pour une attaque où il a évidemment des chances de se faire tuer. Il crée une lésion probablement curable qui lui permettra, de toute façon, d'échapper à un risque beaucoup plus grand.

Mais à côté de ce simulateur trop habile, il existe tout un autre groupe de sujets chez lesquels on est frappé par la disproportion qui existe entre le sacrifice consenti et le gain qu'ils peuvent espérer, gain dont ils se rendent d'ailleurs mal compte.

C'est encore le cas du soldat qui se mutile gravement, non plus pour éviter la mort comme tout à l'heure, mais simplement pour échapper à une marche un peu pénible. Ou bien c'est le sujet qui pour aller à l'hôpital se fait mordre par un chien, sans penser aux ennuis et aux aléas d'un traitement antirabique.

On peut difficilement admettre que de tels simulateurs soient parfaitement normaux. C'est dans ce groupe que l'on trouve les petits débiles, qui ne comprennent pas très bien la portée de leur geste et ses conséquences possibles. Souvent ils manquent d'originalité dans leurs actes et on les retrouve surtout dans les épidémies de simulation; ils agissent alors par esprit d'imitation, sans intérêt personnel bien évident.

Il en est de même de certains anxieux qui, au moment d'une crise d'angoisse, font n'importe quoi pour éviter ce qu'ils croient être le pire.

De tels malades ne peuvent évidemment pas réaliser l'équilibre dont nous parlions à propos du simulateur normal. Ce dernier, à la longue, s'il voit qu'on le prend au sérieux, peut très bien se laisser lui-même prendre au jeu. Il tombe alors

dans son propre piège et verse à la limite dans la mythomanie. Il est donc parfois très difficile de classer certains cas, car en psychopathologie plus qu'ailleurs, on ne peut souvent établir de barrière nette.

II. — *Les hystériques.*

Quand on parle de pathomimie, de simulation, on pense immédiatement à l'hystérie, « la grande simulatrice ». De fait, tous les auteurs qui ont publié des cas de pathomimie chez des mythomanes ou chez divers autres malades ont parlé de l'hystérie dans leurs commentaires, soit pour l'éliminer, soit pour rapprocher les accidents qu'ils décrivaient des accidents hystériques. Mais on s'aperçoit rapidement qu'en cette matière, personne ne parle le même langage. Selon ses tendances, selon l'école à laquelle il appartient, chaque auteur englobe sous ce nom des faits plus ou moins précis, plus ou moins bien limités.

Il ne nous appartient pas de faire après tant d'autres l'histoire de l'évolution des idées sur l'hystérie, ni de prendre parti pour l'une ou l'autre des nombreuses doctrines neurologiques ou psychiatriques qui, depuis Charcot, ont été soutenues avec talent et passion par les diverses écoles françaises, belges, viennoises ou roumaines. La question était à l'ordre du jour d'un récent Congrès des Aliénistes et Neurologistes (1935). On a pu voir, au cours des discussions qu'ont soulevées les rapports de Baruk et de Ludo van Bogaert, combien les points de vue étaient différents et souvent inconciliables. Aussi, à l'heure actuelle, il ne semble plus permis de parler d'hystérie sans faire suivre ce terme d'un petit commentaire, pour préciser ce que l'on entend par là.

Cette question a trop de rapports avec notre sujet, pour que nous puissions nous passer de définir ce que nous comprenons sous le terme d'hystérie et les limites que nous pensons pouvoir lui assigner vis-à-vis des syndromes qui nous occupent.

La description magistrale que Babinski a faite de l'accident hystérique, et la définition célèbre qu'il a donnée de ce qu'il a appelé le pithiatisme, ont rallié actuellement la presque totalité des auteurs. Personne ne conteste plus guère aujourd'hui la réalité de l'accident pithiatique, et le pithiatisme est sorti intact de toutes les controverses, notamment de la discussion du Congrès de Bruxelles, où tous les auteurs se sont plu à rendre hommage à l'œuvre clarificatrice de Babinski.

Cet accident pithiatique est un trouble « qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse, et de faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion ». Il a les caractères extérieurs d'une action volontaire, mais il est, en réalité, inconscient.

L'existence, la réalité du pithiatisme de Babinski, restent maintenant admises.

Mais où le désaccord apparaît, c'est lorsqu'il s'agit de fixer les limites de l'hystérie. Le pithiatisme représente-t-il toute l'hystérie légitime, ou bien existe-t-il une hystérie non pithiatique ? Le cadre de la névrose, fixé par Babinski, est-il trop étroit ? Certains auteurs sont catégoriques : le pithiatisme est toute l'hystérie ; ce qui ne rentre pas dans la définition de Babinski doit être éliminé du cadre de « la grande névrose » et être rendu à l'organique ou à la simulation pure et simple. Heuyer, Porot et Boisseau sont de ce nombre, de même que Baruk, qui écrit : « Peut-être même, afin d'éviter tout malentendu, serait-il préférable de supprimer définitivement de la nosographie médicale le terme d'hystérie, objet continuel de malentendus, et d'adopter le terme de pithiatisme, qui a, en outre, l'avantage de ne pas présenter la valeur péjorative de ce terme d'hystérie. »

Mais, tout en admettant le pithiatisme de Babinski, d'autres auteurs estiment qu'il existe un état spécial de l'hystérie, qui en déborde les limites. Nous nous bornerons à citer certaines opinions se rapportant au sujet que nous traitons. C'est ainsi que Marinesco et ses élèves pensent avoir

montré que les troubles vaso-moteurs, sécrétoires, thermiques, végétatifs, pouvaient être de nature hystérique. Il semble bien cependant que, malgré les troubles physiopathiques observés pendant la guerre par Babinski et Froment, et qui auraient une origine purement réflexe, les œdèmes, vésicules et phlyctènes des hystériques, relèvent simplement de la supercherie. H. Claude réserve le nom de pithiatisme à des accidents atténués (paralysie transitoire, contractures de causes locales, tics) ressortissant à la suggestion provocatrice et à la persuasion curative. Il fait une part spéciale à l'hystérie, « facteur de graves perturbations psycho-motrices » agissant en vertu d'une véritable dissociation fonctionnelle comparable à l'état schizopathique. Lévy-Valensi également ne veut pas limiter l'hystérie au pithiatisme qu'elle déborde, alors que sa vraie caractéristique est, derrière l'émotivité et la mythomanie, cette désagrégation psychique particulière que Claude nomme schizose.

On voit que l'accord est loin d'être réalisé.

Mêmes difficultés lorsqu'il s'agit de préciser les rapports et les limites de l'hystérie et de la mythomanie. Tous les auteurs parlent d'une prédisposition de terrain à l'accident pithiatique. Certains invoquent une « constitution hystérique », mais la plupart font de l'hystérie une psycho-névrose développée sur une constitution mythomaniacale. Certains vont cependant plus loin et assimilent complètement hystérie et mythomanie, les manifestations hystériques étant les équivalents somatiques des autres manifestations mythomaniacales. Logre, après Dupré, a soutenu cette thèse : « L'hystérie, dit-il, est une variété de mythomanie, comme une espèce dans un genre. » A. Delmas et son élève Trubert distinguent dans le vaste domaine de l'hystérie : d'une part, le pithiatisme de Babinski et ce qui revient à l'émotivité, d'autre part, à la mythomanie somatique. Ils reconnaissent d'ailleurs que si les distinctions nosologiques sont nettes, dans la pratique les difficultés sont souvent grandes. « Non seulement, écrit Trubert, il n'est pas toujours aisé de déterminer s'il y

a auto-suggestion ou tromperie, mais encore le mythomane se présente d'ordinaire comme un sujet déséquilibré chez qui mythomanie, émotivité, suggestibilité peuvent coexister et se combiner. Par suite de ces intrications possibles, les limites, en clinique, sont souvent peu commodés à tracer et l'affirmation de la certitude d'un diagnostic risque de demeurer hésitante. »

La distinction entre pithiatique et simulateur est souvent aussi très délicate, sinon impossible. Pour certains, tout pithiatique est un simulateur, mais cette conception semble manifestement exagérée. Elle revient à nier l'hystérie, et rejoint celle d'Hartembert, pour qui « l'hystérie n'est qu'une maladie fantôme qui n'existe pas, qui n'a jamais existé que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite ».

Pour Heuyer, au contraire, la distinction entre pithiatique et simulateur serait superflue. « Dans la détermination des symptômes présentés par l'un ou par l'autre, on trouve les mêmes éléments, le même mécanisme, et tous les degrés entre l'apparente inconscience du pithiatique et l'apparente conscience du simulateur. La volonté de tromper du simulateur n'est pas plus libre que la réalisation plastique des créations imaginatives du pithiatique. De l'inconscience de l'un à l'apparente conscience de l'autre, il y a tous les degrés. »

A une séance de la Société de neurologie de Paris, consacrée à la discussion de la simulation dans l'hystérie (24 oct. 1913), les membres présents ont été à peu près unanimes à reconnaître que seuls l'aveu et le flagrant délit pouvaient représenter des critères absolus de distinction.

Boisseau, tout en acceptant la conception de Babinski, et en limitant résolument l'hystérie au pithiatisme, pense que très souvent, sinon toujours, les accidents pithiatiques ne sont que des accidents simulés. Il a publié récemment dans la *Revue neurologique* trois confessions d'hystériques qui avouent leur supercherie. Dans la première, la plus caractéristique, il s'agit d'un littérateur éminent. Boisseau ne

le nomme pas, mais il n'est pas difficile de reconnaître qu'il s'agit d'André Gide. Ce dernier raconte, dans ses souvenirs d'enfance, comment, après une variole authentique, il fut amené, pour échapper aux cours du lycée et aux mauvais traitements de certains camarades, à inventer des crises nerveuses bizarres, avec saltations rythmées et gesticulations, qui d'ailleurs ne trompaient que sa mère. Gide ajoute : « Dans la maladie nerveuse qui succéda à ma variole, je laisse aux neurologues à démêler la part qu'y prit la complaisance. » Nous pensons bien que la « complaisance » avait tout fait et qu'il s'agissait seulement d'un enfant voulant échapper à l'étude, le tout vu quelque quarante ans après dans la lunette grossissante d'un littérateur. Cette observation mérite le titre de mythomanie infantile si l'on veut, mais pas d'hystérie.

*
**

La seule manière, pensons-nous, de s'entendre en matière d'hystérie est de rejeter les théories pathogéniques. Il faut s'en tenir à des cadres précis, même si ceux-ci paraissent à certains trop larges ou trop étroits, même si quelques faits difficiles à classer se refusent à y prendre place.

Sans envisager les restrictions d'ordre neurologique que certains auteurs, tels que Marinesco, Van Bogaert, Rouquier, Delmas-Marsalet, ont pu faire à la conception du pithiatisme pur, nous nous placerons sur le terrain strictement psychiatrique, et nous réserverons le terme d'hystérie à l'accident pithiatique, tel qu'il a été décrit par Babinski, c'est-à-dire un trouble qui réalise, du moins dans son apparence extérieure, un aspect analogue à celui d'une action volontaire, mais

- qui est involontaire et inconscient;
- qui ne s'accompagne d'aucun signe neurologique actuellement connu;
- qui est curable, totalement et quasi immédiatement, par un procédé plus ou moins psychothérapique.

Nous éliminons ainsi du cadre hystérique la mythomanie et la simulation simple, matériellement intéressée. C'est d'ailleurs, nous l'avons vu, une distinction plus facile à faire théoriquement que pratiquement. Sans doute, en matière de simulation, certains accidents externes, tels qu'escarres, abcès, gangrènes, ne sont plus en aucun cas en rapport avec l'hystérie et peuvent être souvent ramenés à leur véritable cause, la simulation, par une surveillance attentive et un flagrant délit. Par contre, beaucoup d'autres troubles (contractures, paralysies pithiatiques) ne peuvent être attribués à la supercherie que si le malade veut bien en faire l'aveu, ce qui est rare. « Il faut toujours se rappeler d'ailleurs, dit Baruk, dans son rapport, que tous les troubles psycho-moteurs (hystériques ou catatoniques) peuvent donner par leur apparence volontaire, à un observateur non exercé, l'impression erronée d'une action simulée. » Dans tous les cas où le malade trouve dans son affection un intérêt évident (accident du travail, guerre, etc.), la simulation devra toujours être suspectée. Mais il nous semble aussi qu'un élément de valeur, et auquel les auteurs font assez peu de place, est le critère de la guérison. Croit-on qu'un simulateur intéressé, qui s'est souvent donné un mal énorme ou qui a couru des dangers réels pour faire croire à une maladie authentique, va abandonner la partie à la moindre invigoration psychothérapique, armée ou non, comme le font la plupart des vrais pithiatiques ? Un simulateur résistera, autant qu'il le pourra sans se faire prendre, à tous les procédés de guérison mis en œuvre. C'est chez ce genre de faux malades qu'il faudra utiliser les torpillages brutaux et répétés pour les amener à renoncer à leur système, alors qu'ils sont, en général, bien inutiles chez les pithiatiques authentiques.

De même, sans nier l'identité de terrain, nous croyons qu'on peut, dans beaucoup de cas, distinguer le mythomane simulateur, conscient et volontaire par appétit vaniteux, du pithiatique, faux simulateur, inconscient et suggestible. Les

cas limites sont évidemment nombreux, et souvent, seule la confession fait passer un pithiatique dans les rangs des mythomanes, comme dans les observations II et III du travail de Boisseau. Mais ici encore nous pensons que le critère thérapeutique peut avoir un rôle à jouer, le mythomane ne renonçant pas volontiers à la fable qu'il a construite et étant assez peu accessible à la contre-suggestion.

En résumé, l'accident hystérique, ou mieux pithiatique, simulant une affection spontanée, se différencie foncièrement de la pathomimie telle que nous l'entendons : simulation volontaire et désintéressée d'accidents pathologiques. Nos pathomimes ne sont pas des hystériques.

CHAPITRE II

PATHOMIMES MYTHOMANIAQUES

Nous avons vu que la mythomanie englobe la presque totalité des observations de pathomimes publiées depuis la création du terme par P. Bourget. Dupré la définit : « une tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires ». Il en a tracé dans ses leçons, en termes définitifs, l'histoire pathologique et médico-légale que nous allons brièvement résumer. C'est ainsi qu'il envisage chez l'enfant normal une « mythomanie physiologique ». Le jeune être est un primitif chez lequel rien ne freine la peur, la crédulité ou la curiosité. Ainsi libéré, il est capable d'une grande activité mythomane qui se traduit par le mensonge, l'altération de la vérité, la simulation, la fabulation. C'est pourquoi il ne faut pas donner trop d'importance au proverbe si répandu qui veut que les enfants disent toujours la vérité. A un degré de plus, nous entrons dans le cadre de la « mythomanie pathologique ». Ici, ce n'est plus un sport imaginatif comme chez l'enfant normal, mais l'activité mythique est mise au service, chez des sujets anormaux, de tendances vicieuses, de perversions instinctives ou d'appétits morbides. Ce sont, le plus souvent, des idiots, des débiles précoces, des dégénérés vicieux ou des pervers. L'activité mythomane se ressent de leur débilité intellectuelle, leur fable s'écroule facilement parce que mal construite. Suivant les cas, il s'agit d'altération de la vérité, le sujet se contredisant fréquemment sans s'en rendre compte, de mensonge, de simulation, de fabulation sous ses différentes formes : vaniteuse, maligne ou perverse.

Dans son brillant rapport sur les constitutions, A. Delmas, à son tour, envisage la mythomanie comme « une tendance native, presque impulsive, au travestissement des faits et à la création de mensonges, de fabulations, de mythes dans les paroles, les attitudes et les actes ». La constitution mythomaniacale, ajoute-t-il, « n'est que l'hypertrophie morbide de la tendance que nous avons tous à vouloir plaire aux autres et à les intéresser à nous de quelque façon ». Elle se caractérise par un emploi abusif de tous les moyens plus ou moins habiles, artificiels ou faux, que nous estimons propres à nous faire paraître sous le jour le plus favorable et parmi lesquels le mensonge, sous toutes ses formes, tient la première place. « On ne ment plus guère, disait Diderot, quand on s'est départi de la prétention d'occuper les autres de soi. »

La mythomanie résulte donc essentiellement d'un excès de la vanité. On peut parler de la « politique » des pathomines de cette catégorie, de leur « appétit impérieux d'être un centre » de leur « allure ostentatoire teintée de chantage », de leur « maladie plaudoire » en appliquant à ces sujets les termes par lesquels Codet caractérise la mentalité hystérique. Nous avons vu d'ailleurs que beaucoup d'auteurs (Dupré, Logre, Delmas), qui ne limitent pas l'hystérie au pithiatisme de Babinski, ont insisté sur l'importance de la mythomanie dans la genèse de la majorité des accidents hystériques eux-mêmes; l'hystérie ne serait, le plus souvent, que « la mythomanie des syndromes neuro-pathologiques », suivant la formule d'A. Delmas. Les troubles trophiques de l'hystérie : éruption vésiculeuse, pemphigus, phlyctènes, ulcérations, gangrènes, que l'on décrivait complaisamment avant Babinski, n'étaient que les témoins de l'activité mythomaniacale de beaucoup d'hystériques, ou de faux hystériques simulateurs et mythomanes.

A côté des mythomanes imaginatifs, plus particulièrement décrits par Dupré, et où l'on trouve les menteurs, les fabulateurs de différentes catégories, il existe un autre groupe de

malades qui, dans leur désir de mensonge, n'hésitent pas à reproduire sur eux-mêmes des lésions pathologiques leur permettant d'intéresser les autres à leur sort. C'est seulement à l'étude de ces pathomimes mythomaniques que nous allons consacrer ce chapitre. Leur activité, d'ailleurs, peut revêtir des masques différents, selon l'âge, l'intelligence du sujet ou l'adjonction de telle ou telle tendance.

On comprend très bien que l'enfant mythomane suggestif ou vaniteux qui veut faire parler de lui verse facilement dans la pathomimie. Il le fera d'autant plus qu'il comprend mal la portée de son acte et veut qu'on le prenne au sérieux. Souvent, d'ailleurs, il manquera d'imagination et c'est un exemple pris dans son entourage qui fournira la matière de sa simulation. C'est ainsi que nous connaissons le cas d'un enfant dont la mère, après un accident d'auto, présentait une paralysie faciale, et qui simula une lésion semblable pendant plusieurs jours.

Mais en dehors de ces cas il en est d'autres où il crée lui-même la fable mythomaniacale. Blechmann cite l'observation d'un enfant de 11 ans qui, à la suite d'une grippe, présentait une fièvre persistante. Dans ses antécédents on trouve une sœur névropathe, et lui-même est sujet aux maux de tête. Après avoir éliminé toutes les complications grippales, on décide de faire une hémoculture, et, juste avant, la fièvre tombe brusquement. Le même manège se renouvelle à une nouvelle tentative. La température prise sous surveillance est normale, et on conclut à la simulation de fièvre. L'auteur ajoute que l'enfant manifestait une certaine fierté à donner prise à l'angoisse de ses proches et qu'il était content de réaliser l'école buissonnière. Sans doute existait-il ici une part d'intérêt, mais nous pensons bien avec Blechmann qu'il s'agit d'un pathomime mythomaniacal. Ces cas de simulation de fièvre sont nombreux chez l'enfant, mais ils ne peuvent faire présager en rien de l'avenir.

Chez l'adulte, le pathomime mythomaniacal est souvent un débile. Cependant, dans l'observation princeps de Dieu-

lafoy, pour laquelle le terme fut créé, il s'agissait d'un sujet intelligent qui occupait dans la société une situation honorable : ce malade, âgé d'une trentaine d'années, se présente un jour à l'Hôtel-Dieu avec des escarres multiples et récidivantes siégeant au niveau du bras droit et durant depuis deux ans et demi.

Il raconte qu'après « une crise de nerfs », en décembre 1903, il fit une chute contre un meuble : blessure superficielle de la main gauche, qui est pansée à l'eau phéniquée et aboutit à la formation d'une escarre; des placards gangréneux multiples apparaissent par la suite sur le bras gauche, et un chirurgien, à court de ressources, propose une élongation du plexus brachial, qui aggrave la situation et doit être suivie d'une amputation du bras. Bien vite, le même tableau se reproduit sur le bras droit, enfin, au pied. C'est dans cet état qu'il se présente finalement à l'hôpital. Tout le monde plaint ce pauvre infirme sur lequel le mal s'acharne sans répit. Il est, du reste, très aimable, intelligent et de commerce agréable. Dieulafoy, après avoir éliminé tous les diagnostics, acquiert la conviction que ces lésions sont artificielles et provoquées par le malade à l'aide de potasse caustique. Il se heurte aux dénégations du patient jusqu'au jour où il s'adresse à lui en ces termes : « Jusqu'à présent, vous n'avez été qu'un malade qui était le jouet d'un état mental particulier : vous obéissiez à une impulsion irrésistible, vous étiez sous le coup d'une obsession à laquelle vous ne pouviez vous soustraire, et nous venons à votre secours pour faire cesser vos tourments. » L'aveu éclate alors : « J'ai menti, c'était plus fort que moi, j'étais poussé à me faire des escarres comme les morphomanes sont poussés à se faire des piqûres. »

Ce sujet a menti, et à plusieurs reprises, pendant plus de deux ans même sa vie n'a été qu'un mensonge qui a pris les proportions d'un véritable acte pathologique. Dieulafoy, ne reconnaissant aucune intention frauduleuse, en fait un mythomane, mais un mythomane d'un genre spécial qui

n'hésite pas à se mutiler pour entretenir sa fable : c'est un pathomime.

Le professeur O. Crouzon, qui était alors son interne, dont nous avons retrouvé ailleurs l'opinion et qui connaissait bien le malade, pense qu'il s'agit d'un simple simulateur qui voulait obtenir une pension. Pourtant on retrouve chez lui le désir mythomaniacal d'être un centre. Il éprouve une joie intime à se rendre intéressant et à se faire plaindre. Il a une grande satisfaction à mystifier son prochain. Il n'a pas de confident, gardant son secret pour lui avec un soin jaloux comme un avare garde son trésor. C'est peut-être alors qu'il faudrait parler d'autisme mythomaniacal. On peut très bien concevoir què, guidé d'abord par le simple intérêt, il se soit, par la suite, ancré dans la maladie dont il s'est fait une situation et ne puisse plus sortir de cette voie néfaste. Il faut encore noter que ce sujet n'a pas créé son histoire de toute pièce et qu'il y a eu une coïncidence : chute sur le coin d'un meuble au moment d'une « crise de nerfs ».

Enfin nous ne savons pas si dans son enfance le malade a présenté des tendances mythomaniacales, ce qui est très important, puisque, pour A. Delmas, elles doivent se manifester de la façon la plus précoce. De même, lorsque l'aveu éclate, il dit avoir été sous le coup d'une obsession qui le tourmentait jour et nuit. Il y a donc lieu de faire quelques réserves, et l'on pourrait peut-être rapprocher sur certains points cette observation de celle dont nous parlerons au chapitre suivant.

Mais il existe de nombreuses autres observations de pathomimes mythomanes. C'est ainsi que Boudon et Caravey racontent l'histoire d'une jeune infirmière de 17 ans qui simule d'abord une crise d'appendicite avec fièvre, puis servie par une inégalité pupillaire et une otite chronique, simule ensuite le tableau clinique d'un abcès du cerveau pour lequel elle est opérée deux fois. C'est alors que l'on découvre la supercherie : la malade fait monter elle-même

sa température en frottant le thermomètre contre la cuisse et se fait vomir en se mettant les doigts dans la bouche. Cette malade est une débile, de caractère bizarre, incapable de fixer son attention sur un sujet déterminé. Elle présente une tendance très nette à la fabulation, affirmant tour à tour être fiancée à un interne, puis avoir eu des enfants, pour prétendre finalement être vierge. Il s'agit donc bien ici d'une mythomane qui simule une affection grave sans aucun intérêt matériel et n'hésite pas à se laisser opérer deux fois pour se rendre intéressante, au mépris de son existence même. Non moins significative est l'observation, rapportée par Fréret et Rougean, de ce débile vaniteux qui, après avoir couru le monde comme bottier, plongeur, violoniste, garçon de salle dans une clinique de Buenos-Ayres, est trépané à Paris pour arachnoïdite à la suite d'un accident d'auto. C'est à partir de ce moment qu'il devient très loquace, heureux de raconter son histoire enjolivée de nombreuses inexactitudes. Il n'hésite pas à se déclarer étudiant en médecine et donne même des consultations aux autres malades. Entre temps il infecte sa plaie de trépanation et se découvre un abcès du cerveau pour lequel il veut être opéré; il simule un diabète insipide en volant l'urine de ses compagnons de salle.

Du même genre encore, l'observation rapportée par Ferrière et Daumézon d'une jeune fille également débile qui s'est fait renvoyer, pour indiscipline et scandale, de toutes les pensions où on l'avait placée. A 7 ans, elle a présenté un mal de Pott parfaitement guéri dont elle se resservira cependant plus tard pour se faire porter malade. A 14 ans, ayant une plaie au genou, elle la frotte avec une alèze mouillée pour faire durer la plaie. Par la suite, elle est laparotomisée deux fois d'urgence sans résultat. Il s'agit donc dans ces deux observations, de sujets débiles et vaniteux, et l'on pourrait même parler dans la seconde de perversion. Chez les deux, l'activité simulatrice semble avoir débuté à la suite d'une affection pathologique réelle, arachnoïdite pour

l'un, mal de Pott pour l'autre. Rappelons que pour le malade de Dieulafoy, nous avons fait la même remarque et il serait peut-être alors intéressant de se demander s'il n'y a pas là plus qu'une simple coïncidence. Il semble bien, en effet, que ce soit l'accident qui ait donné à nos malades l'idée de tirer profit de leur situation et les ait fait entrer dans la voie de la simulation.

Pathomimes cutanés.

Nous avons recueilli plusieurs observations qui ne sont pas toutes également probantes. Gaté, Bosonnet et Michel rapportent celle d'une jeune fille de 19 ans, débile mentale, qui montre avec satisfaction des plaies des jambes et des avant-bras ne ressemblant à rien de connu et placées dans des endroits accessibles. Finalement un externe recueille l'aveu. Une autre fois, les mêmes auteurs citent l'exemple d'une Arménienne présentant au niveau du genou gauche des lésions bulleuses récidivantes et qui part avant d'avouer sa supercherie. Il semble bien que ces malades entrent dans la catégorie qui nous intéresse. Gaté explique que le médecin est souvent frappé par la loquacité, l'assurance, le sourire entendu et l'expression de satisfaction de ces sujets et les fait entrer dans le cadre nosologique des pithiatiques à constitution mythomaniacale. Nous avons vu au début de ce chapitre ce que l'on pouvait penser actuellement des rapports entre l'hystérie et la mythomanie.

Mais à côté d'observations de ce genre, il en est d'autres, publiées sous le terme de pathomimies, dans lesquelles le manque de précision sur le fond mental des malades ne permet pas de les classer parmi les pathomimes mythomaniacales ou qui ne sont que de simples simulateurs. C'est ainsi que dans l'observation de Sabouraud il s'agit d'une jeune fille présentant des ulcérations fongueuses arrondies au niveau de l'avant-bras. Ces lésions ne ressemblent à rien. Une cautérisation locale, malgré la douleur, ne provoque aucune

sensation désagréable chez la malade qui a le sourire aux lèvres. Plus tard, ajoute l'auteur, un pied bot hystérique montre le terrain. Peut-être s'agit-il d'une mythomane, encore que nous ne sachions pas si elle poursuivait un but intéressé, ce qui est très important, la simple simulation intéressée étant fréquente chez les hystériques.

Plusieurs autres cas, que nous avons recueillis, semblent n'être que des simulateurs et entrent dans le groupe des faux pathomimes que nous avons étudiés au début de ce travail. Tel est celui d'une Mauresque qui se présente au dispensaire avec d'énormes phlyctènes siégeant en des points différents, mais seulement en des régions faciles à atteindre. Finalement elle raconte que c'est pour échapper à son mari, très dur pour elle et jaloux, qu'elle se faisait ces lésions. L'examen montre la présence de stigmates hystériques. De même, la malade de Nicolas, Massia et Lebeuf présente des lésions ulcéro-croûteuses très semblables à de la syphilis tertiaire et avoue finalement que, pour échapper au travail écrasant qu'elle avait à fournir dans la ferme de ses parents, elle avait eu l'idée de partir en devenant malade et en se brûlant avec une paille trempée dans de l'acide chlorhydrique. Nicolas raconte à ce sujet qu'il a connu une jeune fille qui, pour protester contre l'empêchement apporté par sa famille au mariage qu'elle souhaitait, se brûlait avec un pique-feu. Une autre; pour quitter sa pension, se créait une dermite en se frottant les téguments avec un linge rugueux jusqu'à abrasion de l'épiderme. Enfin, sous le titre *Deux cas de pathomimie vénérienne*, Lacassagne et Friess parlent de deux tirailleurs nord-africains dont l'un présente une ulcération du fourreau de la verge, et l'autre une ulcération siégeant au-dessus de l'orifice anal.

Il s'agit donc là probablement de simples simulateurs. Sans doute, chez certains, le sacrifice consenti est-il important par rapport au gain escompté, mais cela ne suffit pas à les ranger dans le groupe des pathomimes. Ils peuvent peut-être représenter une forme de transition. Ce qu'il

faut retenir de la pathomimie cutanée, c'est qu'elle ne semble pas être aussi fréquente qu'on le croirait, du moins au point de vue qui nous occupe, et qu'il s'agit le plus souvent de simulateurs banaux ou faux pathomimes. Dans l'un et l'autre cas, les lésions siègent en des endroits accessibles, et un simple pansement cacheté suffit à guérir des lésions rebelles à toute médication compliquée.

Certains sujets simulent des affections chirurgicales, dans le but de provoquer une opération. Nous hésitons à les classer dans ce chapitre, car il semble bien que souvent ce sont des malades qui obéissent à un mécanisme psychologique différent de celui des pathomimes mythomaniques qui n'est, en tout cas, pas toujours seul en cause. Nous reparlerons plus loin, à propos des hypocondriaques, de certains de ces malades, notamment de ceux pour lesquels Roger a créé le terme de chirurgicomanes. Mais il semble bien toutefois qu'un certain nombre d'entre eux, sujets souvent débiles, pour attirer l'attention sur eux dans un but purement vaniteux, abusent de la bonne foi de chirurgiens bien intentionnés et arrivent ainsi à totaliser un nombre impressionnant d'interventions chirurgicales. La malade de Daumezan et de ses collaborateurs était de ce nombre. Mallet, alors interne de Picqué, a réuni de nombreuses observations d'interventions pratiquées à la demande de malades qui veulent paraître intéressants. Banzet, en 1934, cite l'histoire d'un homme qui fut opéré cinq fois pour pseudo-ulcère perforé et présentait un comportement mythomane. C'est à son sujet qu'il se demande s'il s'agit de pathomimie chirurgicale ou d'hystérie masculine. Thoinot et Mosny ont publié le cas d'un « laparotomisé par persuasion » qui s'est fait trois fois ouvrir le ventre pour une prétendue péritonite tuberculeuse. Dupré, qui a étudié cet homme, en fait un simulateur, type accompli de mythomane qui trompe pour le plaisir de tromper. Mais il s'agit là souvent de cas complexes de mythomanie; simulation intéressée et hypocondrie se mélangent en proportion variable, et nous aurons l'occasion d'y revenir.

*
* *

Nous venons d'étudier différentes catégories de pathomimes mythomanes. La plupart du temps, nous avons pu noter qu'il ne s'agissait que de débiles vaniteux d'un niveau mental peu élevé et qui, comme les autres mythomanes, veulent échapper, au mépris de leur intérêt et même, en plus, de leur existence, à une situation qui leur déplaît.

Ils y échappent en essayant de se rendre intéressants à ceux qui les entourent. Leurs méthodes varient avec leur état mental et leur niveau intellectuel. Le malade de Dieulafoy, qui est intelligent, endurant des mutilations multiples, maquillant ses enfants pour faire croire à une maladie familiale, paraît avoir construit un système auquel il se conforme des années durant. A l'opposé, nous retrouvons les débiles, incapables d'élaborer un tel plan et de le suivre, qui opèrent par simulations fractionnées, occasionnelles, entièrement liées à la situation.

« Cette variété de fabulation vaniteuse, déclare Dupré, se manifeste dans la pratique par la mise en œuvre de faux attentats ou de fausses maladies, avec simulation de lésions extérieures et de troubles organiques (ulcérations, éruptions, ecchymoses, douleurs, paralysies, fièvre). Beaucoup de ces sujets, taxés d'hypocondrie par des médecins qui n'aperçoivent pas la cause objective de leurs souffrances, sont ainsi de faux hypocondriaques qui, exempts de toute nosophobie, ne se plaignent que pour être plaints. »

On a insisté sur l'importance de la profession dans la genèse de cette curieuse forme mentale. Il s'agirait, le plus souvent, de personnes, telles qu'infirmiers, infirmières, étudiants en médecine, que leur situation médicale a amenées au contact de véritables malades qu'ils ont eu tout le loisir d'étudier pour les copier ultérieurement. On les retrouve chez tous ceux qui ont besoin d'une compensation, d'un rêve, pour sortir de leur condition misérable. Par un mécanisme très curieux, ce rêve corrigera l'infériorité du rêveur : le

pauvre se placera dans un palais, et le sédentaire imaginera des voyages vers des pays inconnus. Leur milieu sera celui où l'on respecte ce rêve, où l'on admet toutes les hypothèses et toutes les originalités : milieu rapin, quartier latin avec ses « petites femmes » entourées de jeunes étudiants. En somme, n'est-ce pas là un mode d'aspiration au bonheur, de libération que l'on retrouve chez tous les hommes ? Car le mythomane se soucie davantage de son propre cas que de ceux qui l'entourent et auxquels il ne demande le plus souvent qu'une certaine passivité et de la crédulité. Rappelons-nous que le malade de Dieulafoy éprouve une joie intime à se rendre intéressant. Il ne fait participer personne à son bonheur. Frétigny compare le mythomane au gardien placé à l'intérieur d'un phare au crépuscule : « Le dedans apparaît si clair et le dehors si obscur qu'on ne perçoit plus du monde qu'une image falotte et floue. Par l'intensité de l'éclairage intérieur, les images virtuelles deviennent plus réelles que les images réelles. Les individus extérieurs lui renvoient une image trop pâle pour soutenir l'éclat de son moi incandescent et embrasé. De là résulte que l'image du public n'a plus d'intérêt pour lui. Il vit à l'intérieur de sa cage, replié sur son propre intérêt, entouré d'individus symboles qui lui accordent une adhésion symbole. »

CHAPITRE III

LES PATHOMIMES ALGOPHILES

Le terme de pathomimie, tel que nous l'avons défini, comprend l'ensemble des simulations désintéressées d'accidents pathologiques. Il nous a paru, avons-nous dit, englober des malades assez divers, obéissant à des processus mentaux très différents les uns des autres.

Que les mythomanes qui, créant leurs troubles dans le but de se donner en spectacle à l'entourage, constituent la partie la plus importante de ce groupe, cela n'est pas douteux. Mais il est non moins certain que l'on peut observer, à côté d'eux, d'autres pathomimes dédaigneux de toute publicité et poursuivant uniquement des satisfactions intimes. Chez ces derniers, il nous a paru que la douleur recherchée pour elle-même, ou à titre de substitut, était le mobile essentiel des simulations morbides. Aussi pensons-nous que l'on peut les désigner sous le terme de *pathomimes algophiles*. C'est la nécessité sociale de se cacher, pour assouvir leur impulsion, leur soif de douleur, la honte qu'ils éprouvent à étaler leur misère morale, qui pousse ces malades à tromper leur entourage et leur médecin en simulant des accidents spontanés. Cela durera aussi longtemps que la supercherie ne sera pas découverte. A ce moment même, si l'on ne sait pas provoquer la confession libératrice, les malades passeront pour des pithiatiques ou des mythomanes, alors que leur fond mental et les mobiles auxquels ils obéissent doivent les faire ranger dans des cadres très différents.

Si nous supposions un instant que de tels malades vivent

dans une île déserte, ils assouviraient leurs désirs de souffrance de la même manière ou d'une façon analogue. Seule la vie en société en fait des simulateurs par nécessité. Ce ne sont donc que secondairement des pathomimes, à l'inverse des mythomanes, chez lesquels les inconvénients douloureux et autres de la simulation ne sont que la rançon de leur appétit vaniteux.

Nous allons d'abord relater en détail l'observation d'une malade hospitalisée à la Clinique des maladies nerveuses et mentales⁽¹⁾. Elle nous paraît entrer typiquement dans le cadre des pathomimes algophiles, et nous servira de base pour notre discussion.

OBSERVATION.

(N° 35-31 du registre de la Clinique.)

Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, originaire du Maine-et-Loire, adressée au Professeur Abadie par son médecin, qui vient de découvrir que, depuis plus de trois ans, sans interruption, cette malade s'inocule volontairement des abcès sous-cutanés multiples (plus de deux cents). Pendant tout ce temps, ces abcès ont paru, aux yeux de l'entourage familial et même médical, relever d'une cause naturelle jusqu'au jour où le médecin, pris de soupçons, a organisé une surveillance étroite et surpris la supercherie.

A l'examen : L'abdomen, la région fessière, la partie supérieure des cuisses, sont labourées de cicatrices profondes, souvent adhérentes, parfois étoilées, qui ne laissent guère entre elles de lambeaux de peau saine.

Voici l'histoire de cette malade telle qu'elle l'a racontée elle-même :

D'origine rurale, cette jeune fille a toujours vécu jusqu'ici, avec ses frères et sœurs, chez ses parents, dans son bourg natal. De santé délicate, elle a mené cependant jusqu'à 20 ans une existence

(1) Observation publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 26 mars 1938 par MM. Delmas-Marsalet, Bergouignan, Lafon.

normale : sa fréquentation scolaire a été assidue et fructueuse; elle se classait parmi les bonnes élèves de sa classe. A 14 ans, elle a commencé son apprentissage de couturière. Au bout de quelques mois, elle s'est installée chez ses parents comme couturière à façon, et a continué de mener parmi les siens une vie très régulière de travail : elle se comportait en jeune fille douce, modeste, irréprochable : son entourage notait seulement qu'elle était quelque peu morose et renfermée, évitant de sortir, et aussi impressionnable; elle ne se refusait pas cependant à se mêler à ses compagnes le dimanche, faisant de longues randonnées à bicyclette et allant parfois au bal : l'existence s'écoulait dans une atmosphère familiale très affectueuse, sans conflit comme sans déception.

A 20 ans, l'état général de notre malade décline : elle présente un zona intercostal qui évolue vers la suppuration : de nombreux abcès spontanés ont dû être incisés à cette époque, puis tout rentre dans l'ordre. Cet épisode a son importance, car il expliquera l'aveuglement ultérieur de l'entourage sur la nature des abcès artificiels.

Quelques mois plus tard, des douleurs lombaires droites apparaissent, accompagnées d'une albuminurie importante et d'hématurie, qui sont finalement rattachées à l'évolution d'une tuberculose rénale droite; les examens spéciaux confirment ce diagnostic, et une néphrectomie droite est pratiquée en janvier 1932.

La convalescence, assez pénible, se prolonge pendant de longues semaines, mais s'accomplit sans incident : la malade reprend ses occupations jusqu'en 1934.

A cette époque, deux ans après l'intervention, va prendre corps l'idée de provoquer des abcès sous-cutanés, dans des circonstances que la malade décrit dans les termes suivants : « Je me suis trouvée très nerveuse à ce moment-là : j'avais toujours mal à la tête, je me mettais en colère sans motif, jetant mon ouvrage par terre, je dormais peu, et ce sommeil lui-même était agité, troublé par des cauchemars, des visions de vipères, l'impression de tomber dans un gouffre épouvantable, la vision aussi d'un homme armé d'un bâton qui voulait me tuer (souvenir resté dans mon esprit).

Mon médecin avait décidé de me faire des injections médicamenteuses : à la suite de ces injections, qu'il pratiquait lui-même, un abcès me vint, qui me fit beaucoup souffrir, mais me donna une joie intérieure, un calme inexplicable. Après cet incident, l'idée me vint de me faire moi-même des piqûres dans l'intention de me provoquer des abcès, et j'obtins de mon médecin de me faire mes injections moi-même. Un jour, après avoir bien hésité, mais n'y tenant plus, je me suis injecté de la salive : quelques jours après, j'avais un abcès qui dut être incisé. Je n'ai pas eu de cesse après jusqu'à m'en faire un autre : il m'est impossible de dire la cause inexplicable qui me poussait : je cédaï à une sorte de voix intérieure qui me répétait sans cesse : « fais-en un » ; plus je souffrais, plus j'étais heureuse, et, me complaisant dans cet état de souffrances, j'ai récidivé; dès la piqûre faite, je me sentais heureuse, et j'attendais avec impatience le moment de l'incision, qui me faisait plaisir aussi; cela a duré jusqu'à février 1937. Pour les derniers abcès, j'ai dû me passer de docteur, qui changeait d'ailleurs (ce n'était pas toujours le même), ils se sont ouverts tout seuls; j'ai regretté le moment de l'incision, mais j'ai eu presque autant de joie. Puis j'ai été surprise : à ce moment-là, je me suis sentie perdue, je me suis enfuie de chez moi, je voulais mourir. On m'a retrouvée : j'ai beaucoup pleuré, je ne voulais voir personne, puis je suis allée me confesser : je suis bonne chrétienne, mais pas mystique du tout; il m'est arrivé d'offrir ma vie et mes souffrances pour un membre de ma famille ou pour une conversion. Mais, en toute franchise, je puis dire que si j'avais à ma portée le nécessaire, je serais encore tentée d'agir de la même façon, étant donné que cette idée s'impose très fort à mon esprit.

» Je désire de tout cœur que l'on m'enlève cette idée qui m'obsède et me rend la vie impossible. Je mets toute ma confiance en vous, Docteur, vous pouvez sans doute me guérir. »

L'interrogatoire n'a pu que préciser certains points complémentaires : dans la provocation des abcès, il n'y avait aucune intention d'auto-châtiment, ni aucune recherche de perfection morale.

Il est important de noter que cette malade ne recherchait nullement la pitié ni les soins attentifs de l'entourage : elle vivait isolée dans un milieu familial, et quand le médecin n'a pu venir inciser ses abcès, elle a laissé ceux-ci s'ouvrir spontanément sans que ses parents en aient rien su. La différence avec les attitudes spectaculaires des mythomanes tels que nous les connaissons est donc bien évidente.

L'examen somatique ne montre, en dehors des multiples cicatrices d'abcès, qu'une insuffisance rénale marquée avec baisse considérable du taux d'élimination de la phénol-sulfone-phthaléine; il n'existe pas de bacilles de Koch dans les urines.

Durant son séjour dans le service, la malade n'a donné lieu à aucune remarque psychopathologique particulière : intelligente, suffisamment active, elle présentait seulement des stigmates d'hyperémotivité sur un fond de dépression constitutionnelle.

Son docteur a récemment donné de ses nouvelles : « La malade va bien, prend du poids et ne présente plus d'abcès. »

*
* *

Cette jeune fille est, à l'évidence, une pathomime. Mais de même que les manifestations extérieures qui entourent la simulation, le mécanisme psychopathologique auquel elle obéit est bien différent des pathomimes mythomanes habituellement rencontrés.

Il serait d'ailleurs facile de retrouver des observations qui se rapprochent de la nôtre à plus d'un titre : P. Janet, dans l'observation 105 de son ouvrage sur la psychasthénie et les obsessions, rapporte l'histoire d'une jeune fille qui paraissait atteinte de pelade rebelle aux traitements habituels, mais soigneusement dissimulée par le port d'une perruque. Cette pauvre fille s'épilait régulièrement. Une fois découverte, elle avoua qu'elle savait fort bien l'origine véritable de sa chute de cheveux et qu'elle avait essayé en vain de résister à sa funeste habitude. « C'est plus fort que moi, disait-elle; cette idée, ce besoin, me tracassent tout le temps. Le mouvement

se fait tout seul dans mes bras et dans mes mains, il y a quelque chose qui m'entraîne d'une manière irrésistible; si je résiste, j'ai des étouffements insupportables; il faut que je cède au besoin. »

Notre malade exprime le même état d'âme qui déclare, en toute franchise, qu'elle recommencerait à provoquer des abcès si elle avait à sa portée le nécessaire, tant cette idée s'impose à son esprit.

Une autre jeune fille, décrite par Tissié, avait remarqué qu'une vive douleur physique lui était nécessaire « pour dépenser le trop-plein de la force nerveuse »; elle s'était brûlée deux fois la poitrine avec un fer rouge, et elle avait entretenu ses plaies en cachette; « par la douleur violente, disait-elle, elle arrivait à faire diffuser la trop grande puissance nerveuse ».

Rappelons enfin le malade de Dieulafoy dont nous avons parlé au chapitre précédent.

Lorsque l'aveu éclate, provoqué par les manœuvres habiles de Dieulafoy, il déclare : « J'ai menti, c'était plus fort que moi; j'étais poussé à me faire des escarres, comme les morphinomanes sont poussés à se faire des piqûres. » Et le malade remercie « du service immense qui lui est rendu »; il n'est plus sous le coup de cette obsession qui le tourmentait jour et nuit; il est « exorcisé ». Sans doute n'avons-nous pas affaire ici à un simple pathomime mythomane, et la compréhension de son état mental, de même que pour les autres malades, bénéficiera peut-être de l'exposé qui va suivre.

*
* *

Il paraît donc s'agir là de malades qui trouvent dans la douleur et secondairement, pour produire cette douleur et en masquer l'origine, dans la simulation d'accidents pathologiques une sorte de palliatif à leur inquiétude mentale. Leur but est de mettre fin à un état assez mal défini de malaise, de vide, d'incomplétude ou de souffrance morale. « L'abcès

qui me fit beaucoup souffrir, dit notre malade, me donna un calme inexplicable. » Ce n'est donc pas primitivement la douleur elle-même qui paraît être recherchée, mais le calme général dont elle est suivie et l'assurance d'un calme identique pendant la constitution de nouveaux abcès.

Nous sommes là en présence d'un type de ces agitations forcées que Pierre Janet a magistralement décrites chez les psychasthéniques.

Essayons, d'après lui, de comprendre le mécanisme mental de semblables personnes.

Sous le terme d'agitation forcée très heureusement créé par lui, Janet désigne des phénomènes assez divers, tels que les tics, la rumination mentale, les angoisses viscérales. Ces phénomènes sont conscients, mais plus ou moins irrésistibles chez des malades psychasthéniques dont la baisse de tension psychologique est telle qu'elle permet l'installation de ces phénomènes parasites, sans lien direct avec l'état mental du sujet.

Ces processus obsédants, qui sont pour Janet des phénomènes secondaires, constituent essentiellement « un ensemble d'opérations psychologiques, de pensées, d'actes, d'émotions, qui sont inutiles et d'ordre inférieur, qui se développent d'une manière exagérée à l'occasion d'un acte, d'une attention, d'une croyance, d'une émotion, qui n'ont pu s'exécuter ou qui ne se sont exécutés que d'une manière très incomplète » et qui constituent ce qu'il appelle le phénomène primaire.

Pour rendre compte de ces agitations forcées, Janet fait intervenir la notion de dérivation psychologique. Il explique surtout ainsi la disproportion qui existe entre leur importance, la place qu'elles tiennent dans l'évolution de l'affection et les phénomènes primaires (sensation vague de vide, d'incomplétude, d'irrésolution) auxquels elles paraissent destinées à pallier.

« Quand une force primitivement destinée à être dépensée

pour la production d'un certain phénomène reste inutilisée, parce que ce phénomène est devenu impossible, il se produit des dérivations, c'est-à-dire que cette force se dépense en d'autres phénomènes inutiles. »

Cette notion de dérivation, peut-être parce que nous la connaissons mieux, paraît avoir des applications fréquentes aussi bien en psychologie qu'en psychiatrie. On en rencontre constamment des exemples. C'est une notion banale, en effet, qu'une occupation physique minutieuse ou intense sert de dérivation à un état moral pénible ou obsédant. Parfois, c'est la douleur physique courageusement supportée qui calme les plus cruelles angoisses et finit par être désirée. Cabanis, dans son étude sur les rapports du physique et du moral, considérait « la sensibilité comme une espèce de fluide. Si elle ne peut s'écouler d'un côté, disait-il, elle s'écoule d'un autre... Les travaux et les exercices du corps font une diversion, et la réflexion ne peut naître. » Ne dit-on pas couramment d'une femme sans enfant qui consacre toute son activité à élever des chats ou un perroquet qu'il s'agit là d'une dérivation de l'amour maternel ?

Il est d'ailleurs frappant de constater combien cette notion rejoint les théories freudiennes sur la genèse des psychonévroses et la sublimation des tendances psychopathologiques. La crise anxieuse, qui entre pour une part dans les agitations forcées de Janet et dont on peut rapprocher les phénomènes présentés par nos pathomimes algophiles, est expliquée par Freud comme la dérivation d'une excitation sexuelle inassouvie. Cette excitation devrait normalement se dépenser dans l'exécution intégrale et satisfaisante d'un acte spécifique.

Si, par abstinence ou par suite d'un coït imparfait, cette excitation n'arrive pas à son terme, elle s'écoule en suivant d'autres voies, et donne lieu à des réactions viscérales pathologiques qui déterminent la crise anxieuse. Les théories pansexualistes de Freud, que nous n'avons pas à discuter ici, sont peut-être un peu exclusives. Il n'est cependant pas pos-

sible de rejeter à priori une telle explication des agitations forcées présentées par notre malade.

Malheureusement les investigations directes portant sur sa vie sexuelle se sont heurtées à un mutisme complet, et il ne nous est pas possible d'apporter sur ce point des renseignements précis.

Peut-être les méthodes psychanalytiques, si elles avaient été employées chez elle, auraient-elles révélé l'origine sexuelle de ses troubles.

Sans doute cette notion de dérivation est-elle bien séduisante. Mais comment peut-elle, dans certains cas, aboutir à des actes extrêmes, comme ceux que nous avons observés chez notre malade. En effet, l'état mental pénible auquel elle veut échapper paraît relativement peu intense et peu obsédant. C'est ce que nous allons maintenant essayer d'expliquer.

Janet fait intervenir ici la notion de hiérarchie des phénomènes psychologiques. Pour lui, les actes et les émotions primaires sont des phénomènes psychologiques situés au sommet d'une hiérarchie. Le psychasthénique ne peut les mener à bien par suite de son insuffisante tension psychologique, ce qui crée chez lui, consciemment ou non, un état de malaise et un sentiment pénible d'incomplétude. Janet donne d'ailleurs un tableau schématique de cette hiérarchie : action sur le réel, sentiment de certitude, décroissance, y sont au sommet, alors que les ruminations mentales purement mimésiques, les agitations musculaires, inutiles, systématiques ou diffuses, sont situées au pôle inférieur de cette hiérarchie. Ainsi, dit-il : « Quand un phénomène psychologique est très supérieur à un autre, la tension qu'il exige pour se produire pourrait être suffisante si on l'employait autrement pour produire cette fois le phénomène inférieur. »

Malgré tout, cette notion de hiérarchie ne nous semble cependant pas suffisante pour expliquer l'importance des troubles présentés par nos algophiles, les mutilations aux-

quelles ils peuvent arriver dans leur recherche toujours plus obsédante de la douleur et de la satisfaction qui l'accompagne et qui la suit.

*
**

Que notre malade soit un psychasthénique au sens de Janet et que le mécanisme primitif de sa pathominie ressortisse à celui des agitations forcées, cela nous paraît très vraisemblable. La dérivation créée accidentellement par la douleur au cours de l'évolution d'un abcès spontané a été suivie d'une détente bien heureuse. Elle a été, par la suite, l'occasion pour cette jeune fille de la recherche consciente, obsédante, plus ou moins irrésistible, de circonstances semblables dans l'espoir de la reproduction du même calme. Le choix particulier du moyen employé (abcès) naît non pas d'une disposition constitutionnelle à intégrer la douleur dans le cadre d'une satisfaction, mais d'un pur effet du hasard. Chez notre malade, il n'y a aucune idée d'abcès, jusqu'au jour où une injection mal faite en provoque un fortuitement. Il semble qu'il y ait là une sorte de réflexe conditionnel.

Très vite cependant, le mécanisme de ces actes a changé. Il ne s'agit plus de dérivation mais d'une véritable recherche de la douleur pour elle-même, pour la sensation physique qu'elle apporte. « Plus je souffrais, dit la malade, plus j'étais heureuse. » C'est bien là une perversion au sens strict du mot, mais acquise à la faveur de la dérivation initiale.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut faire intervenir ici d'autres conceptions qui, mettant en lumière chez cette malade un terrain spécial, expliqueront plus facilement le cycle obsédant et pervers auquel elle est arrivée.

La doctrine des constitutions, actuellement bien classique en psychiatrie, et la thèse des perversions émotives, brillamment défendue par Achille Delmas dans un récent rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, vont nous servir de base pour essayer de classer ces pathomimes algophiles.

Que l'on considère ou non de tels malades comme des psychasthéniques, il est indiscutable qu'il s'agit là de sujets présentant une constitution hyperémotive. Cette constitution groupe des tendances psychiques définies faisant partie de la personnalité de l'individu. Elle a été magistralement décrite par Dupré, et il n'est pas inutile de rappeler la définition qu'il en a donnée. « C'est, dit-il, un certain mode de déséquilibre du système nerveux caractérisé à la fois par de l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent sa sensibilité des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée, et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux. »

Achille Delmas, reprenant à son tour cette définition, déclare : « Les sujets dotés de cette constitution réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions, et dépassent, dans ces réactions, les effets utiles de l'ébranlement psychique; ce sont eux que l'on désigne communément sous le nom de « sensibles » et « d'impressionnables »; non seulement ils présentent à l'occasion des réactions émotives exagérées, mais encore ils restent sans interruption sous l'empire d'une sorte de gêne psychique qui se traduit, dans les circonstances multiples de la vie quotidienne même les plus futiles, par des états divers d'incompréhension, de crainte, de doute, de scrupule, d'hésitation ou d'impulsivité. »

Nous avons tenu à rapporter ces définitions *in extenso* parce qu'elles sont indispensables à la compréhension de l'état mental de notre malade.

Dupré admet la notion de constitution acquise. Pour Delmas, au contraire, elle serait très rare, bien qu'on ne puisse nier absolument son existence. Il envisage deux groupes : hyperémotivité primitive constitutionnelle qui est innée et a des manifestations très précoces, hyperémotivité secon-

daire symptomatique apparaissant à la suite d'infection ou de dysfonctionnement glandulaire. Dans les deux cas on trouve une instabilité vago-sympathique sans qu'il soit possible de préciser lequel des deux systèmes l'emporte le plus souvent.

Notre malade paraît entrer dans le second groupe. On peut, selon les tendances, parler des hyperémotivités secondaires à un état pathologique, ou de constitution hyperémotive révélée secondairement à l'occasion d'un choc affectif ou d'un traumatisme psychique quelconque oublié ou caché.

Sur ce fond constitutionnel peuvent se développer des manifestations diverses, parmi lesquelles Achille Delmas range des perversions acquises, qu'il désigne du nom de perversions émotives.

La perversité instinctive simple, qui se développe sur un fond de perversion constitutionnelle, représente une anomalie mentale due à une insuffisance des sentiments altruistes, de la « bonté » qui empêche le sujet de réagir efficacement contre des tentations et des désirs normalement freinés chez l'individu équilibré.

Chez l'hyperémotif, en dehors de toute tendance innée, peuvent se développer des perversions accidentelles, qui seraient alors très fréquentes et fourniraient le contingent principal des impulsions genre kleptomanie, pyromanie et des perversions-impulsions sexuelles : inversion acquise, fétichisme, sado-masochisme, etc.

Chez de tels malades, la constitution hyperémotive existe toujours; elle constitue la base de la perversion. Accessoirement, un appoint de perversion constitutionnelle peut venir en favoriser l'éclosion, mais elle est loin d'être indispensable. Souvent on n'en trouve pas trace dans le passé du malade, tandis que très nettement se révèlent les stigmates de la constitution émotive.

Celle-ci est donc l'élément indispensable et permet de ranger ce type très fréquent de perversion dans la pathologie de l'émotivité. Un état de cyclothymie à prédominance dé-

pressive serait, pour A. Delmas, un appoint fréquent dans l'éclosion de ces perversions émotives.

La différence fondamentale entre ces dernières et la perversion instinctive constitutionnelle éclate dans la réaction des malades à l'égard de leur perversion. Alors que le pervers instinctif n'émet aucun regret de son état, ne manifeste aucune inquiétude sur l'avenir, le pervers émotif, au contraire, demeure fondamentalement bon et peut manifester la plus grande générosité d'âme. Il ne tarde pas à se révolter contre le caractère honteux de sa perversion. Les sentiments moraux, qui restent intacts, s'insurgent contre la tyrannie que lui impose sa déchéance. C'est ainsi que, favorisé par son hyperémotivité, naît un conflit affectif anxieux et que s'installe un cycle obsédant avec ses caractères classiques : lutte pénible plus ou moins prolongée contre l'idée et l'acte obsédants jugés en opposition avec la personnalité morale de l'individu; puis triomphe de l'impulsion morbide et réalisation de l'acte suivie d'un soulagement plus ou moins durable où l'euphorie est bientôt noyée par la honte et le remords. Au bout d'un temps variable selon les individus, l'obsession renaît et le cycle recommence. C'est bien au mythe du rocher de Sisyphe que l'on pourrait comparer l'histoire de ces malheureux.

Nous retrouvons chez notre malade tous les éléments de ces perversions émotives : constitution hyperémotive, caractère obsédant de l'acte morbide, satisfaction lorsqu'elle a cédé à l'impulsion, remords consécutif et enfin crainte de ce qui se passera dans l'avenir.

Un élément, qui nous paraît intéressant dans l'évolution de ces perversions, est le mécanisme de leur installation. Ici, c'est une circonstance fortuite, l'apparition d'un abcès accidentel à la suite d'une injection médicamenteuse septique, qui, par dérivation de l'anxiété diffuse et de l'état cœnesthésique pénible sur un élément douloureux précis, a créé un état affectif agréable, une véritable détente nerveuse que la malade a associée à l'idée de douleur et à l'abcès qui en

était la cause. Par la suite, l'état antérieur d'incomplétude et de malaise moral s'étant reproduit, la malade a été poussée à reproduire l'accident qui avait été la cause d'une libération momentanée. Il s'est créé là un véritable réflexe conditionnel, au sens de Pawloff, qui associe indissolublement l'idée et la sensation de douleur à celle d'une détente heureuse. C'est bien là le mécanisme que décrit A. Delmas pour l'éclosion des perversions émotives. Il existe à l'origine, « par suite de circonstances fortuites et favorables (surprise, brusquerie, intensité, encadrement agréable, coenesthésie heureuse du moment), un choc émotif ou une effraction émotive de caractère particulièrement troublant, indissoluble et définitif, entre les faits qui ont créé le choc et le choc : de sorte que, dans le devenir du sujet, les deux phénomènes se lient irrévocablement. »

A tous ces titres, notre patience nous paraît réaliser un type psychopathique rare qui diffère profondément de la pathomimie ordinaire : sa place est beaucoup plus au chapitre des dérivations émotives qu'à celui de la mythomanie.

*
**

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher l'état mental de tels malades de celui des toxicomanes; évidemment au premier abord la différence est grande : les uns sont algophiles, les autres, essentiellement algophobes, recherchent dans la drogue l'apaisement d'une douleur, d'une inquiétude morale. Il faut mettre à part le petit contingent de toxicomanes foncièrement pervers et de toxicomanes accidentels vite guéris si une constitution spéciale n'intervient pas pour perpétuer leur besoin. Mais la plupart des morphinomanes ou des cocaïnomanes invétérés sont des hyperémotifs, des anxieux, des déprimés constitutionnels, qui ne cherchent qu'à se fuir eux-mêmes, à fuir leur propre constitution mentale et qui trouvent dans la drogue une évasion hors de la réalité. C'est l'éternelle histoire du *Voyage*, de Beaude-

laire, course au bonheur ou plutôt fuite éperdue devant l'ennui. « Insatisfait par nature, écrit Logre, épris d'un vague et impossible idéal, qui n'est que l'envers de son inadaptation au réel, le toxicomane s'efforce en vain de créer un alibi à sa misère. » Ici encore, il s'agit d'une dérivation à un état mental pénible, à un sentiment d'incomplétude, de tristesse et d'incertitude.

Amené à la drogue, comme notre pathomime a été amenée à la douleur, pour échapper à sa cruelle solitude morale, le toxicomane va se trouver enchaîné à son poison. Bientôt, en effet, la dérivation devient perversion : alors que les premières prises, les premières injections, avaient procuré un calme, une sérénité, que le malade croyait impossibles, l'action du toxique finit par s'épuiser et, toujours à la recherche de la sensation initiale qui se dérobe chaque fois un peu plus, le toxicomane entre dans le cycle obsédant d'une perversion dégradante. Ce n'est même plus l'euphorie du début qu'il recherche et qu'il sait qu'il ne trouvera plus, c'est le besoin de la drogue pour la drogue, c'est la crainte du manque de toxique qui va désormais diriger ce qui lui reste d'activité utile. De même, notre pathomime, que sa perversion émotive entraîne dans la recherche de la douleur pour la douleur, va se consacrer entièrement à la poursuite de la sensation apaisante, toujours plus difficile à atteindre, et cela malgré les perturbations qui en résultent pour sa vie sociale et les risques que court sa santé.

Algophilie et toxicomanie semblent se rejoindre, en dépit de leur apparente divergence, dans le mécanisme commun des perversions émotives.

CHAPITRE IV

LES PATHOMIMES HYPOCONDRIAQUES

L'hypocondrie tient en psychiatrie une place considérable. Elle intervient fréquemment dans beaucoup de psychoses sous forme d'idées hypocondriaques, généralement délirantes, pour leur donner une couleur spéciale et leur fournir des thèmes particulièrement riches; c'est ainsi qu'on la rencontre dans la mélancolie, dans les délires chroniques, hallucinatoires ou interprétatifs, dans les états schizophréniques et démentiels sous toutes leurs formes. Mais bien souvent elle constitue, à elle seule, l'essentiel du trouble mental; à des degrés divers, sous des formes diverses, les idées hypocondriaques interviennent dans toute l'existence de certains individus, s'exacerbent à certaines périodes de leur vie et souvent finissent par créer un état psychopathique véritable avec ou sans délire. Il s'agit donc bien là, comme l'a montré le Professeur Abadie au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Lille en 1930, d'une véritable constitution morbide, la constitution hypocondriaque, qui mérite de prendre rang à côté des autres constitutions psychopathiques et qui peut exister isolément ou associée à l'une d'entre elles (notamment aux constitutions hyperémotives).

Le Professeur Abadie, qui a proposé de l'appeler aussi « constitution arganique » en souvenir du *Malade imaginaire* de Molière, l'a définie comme une disposition innée de l'esprit à l'« exagération du souci de sa propre santé et à la recherche excessive de la défense de celle-ci ».

Il est banal de dire que les préoccupations hypocondria-

ques peuvent aboutir aux pires extravagances. Les hypocondriaques riches asservissent leur entourage aux besoins supposés de leur santé. Ils parcourent le monde entier à la recherche d'une impossible guérison et laissent une fortune entre les mains de tous les profiteurs de la maladie dont ils constituent la clientèle principale. Les autres, moins favorisés du destin, assiègent les consultations des hôpitaux, assourdissant les médecins de leurs plaintes et souvent de leurs menaces, réclamant sans cesse une hospitalisation, de nouveaux traitements, de nouvelles opérations. Mais certains d'entre eux vont plus loin; désireux de fixer à tout prix sur leur état de maladie l'attention d'un entourage souvent lassé ou désabusé, ils n'hésitent pas à intensifier volontairement ce qu'ils croient ressentir, à matérialiser, par des signes objectifs, une maladie qu'ils estiment réelle mais insuffisamment démonstrative. Pour quelques-uns, l'état de maladie est devenu une véritable situation sociale. Qui n'a pas connu, dans un coin de province, une de ces vieilles filles dont les troubles extraordinaires alimentent les conversations du pays et qui réunissent autour d'elles une cour de commères s'apitoyant sur leur sort, discutant de leur maladie et de leurs traitements ? Quoi d'étonnant à ce que de temps en temps, pour ranimer une attention qui se lasse, faute d'aliment nouveau, ou une pitié que l'habitude émousse, notre hypocondriaque cède à la tentation d'« en remettre », comme dit le public; d'où une impotence nouvelle, une ulcération, une poussée thermique inattendue. Ici, la mythomanie rejoint l'hypocondrie. Pour d'autres, c'est le médecin ou surtout le chirurgien qu'il s'agit de convaincre. Las de réclamer un traitement, une opération, qu'ils estiment nécessaire à leur état, et qu'on leur refuse à juste titre, ils se servent de leurs connaissances, généralement acquises dans le *Médecin des familles* ou dans le *Larousse médical*, pour forcer la main du chirurgien et l'obliger à pratiquer l'intervention salvatrice. Souvent aussi il s'agit de médecins et de paramédicaux hypocondriaques qui n'auront pas de

peine à trouver dans leurs acquisitions professionnelles les éléments de cette demi-supercherie. L'opération effectuée, le malade, déçu de son inefficacité, souvent aggravé réellement par l'acte chirurgical, recommence au plus tôt sa comédie dans le but, jamais atteint, d'une guérison inaccessible. Malheureusement aussi, l'hypocondriaque, qui est presque toujours un revendicateur, se retournera souvent contre son opérateur, l'accablera de ses plaintes, l'attaquera en justice ou même, en dernier argument, passera à l'action directe.

Des observations de tels « chirurgicomanes » ont été publiées par divers auteurs, mais ces cas sont vraisemblablement plus fréquents qu'on ne le pense. Si beaucoup d'entre eux restent ignorés, c'est que ces malades ne sont souvent pas démasqués, ou bien sont vus moins par des psychiatres que par des médecins et surtout par des chirurgiens peu enclins à se vanter d'avoir été dupés.

Roger, Alliez et Paillas (de Marseille) ont présenté, en 1936, à la Société médico-psychologique l'observation d'une malade qu'ils désignent sous le nom très expressif de « chirurgicomane » ayant subi, en moins de dix ans, dix-sept interventions chirurgicales sur l'abdomen et qui a manifesté, à la suite de chaque opération, des douleurs intenses accompagnées de vomissements, destinées à provoquer une nouvelle tentative chirurgicale. Finalement internée, cette malade ne cesse de se plaindre, d'invoquer des lésions multiples pour être à nouveau opérée. Les auteurs, sans nier l'existence d'un substratum anatomique, pensent qu'elle exagère certainement ses sensations douloureuses dans le but de provoquer une intervention, qu'elle recherche avec une insatiable ardeur. Nous croyons qu'il s'agit bien là d'une hypocondriaque que son désir chirurgical rend pathomime.

Eschbach a publié l'année suivante à la Société médicale des hôpitaux de Paris deux cas d'hypocondriaques manifestes ayant provoqué, par simulation ou par exagération évidente de symptômes réels, plusieurs interventions injustifiées pour ulcère gastrique.

Enfin on rappelait récemment à la Société médico-psychologique cette étrange note parue dans la *Presse médicale* il y a quelques années; et où un chirurgien parisien mettait en garde ses confrères contre un malade qui, simulant des signes d'ulcère perforé de l'estomac, avait déjà réussi à se faire plusieurs fois laparotomiser d'urgence.

Chez de tels malades, l'espoir en une intervention chirurgicale devient si grand que, rebutés par un refus, ils n'hésitent devant aucun moyen pour forcer la main du chirurgien.

M. le Docteur Bergouignan a pu recueillir récemment, dans le service du Docteur Lefèvre, l'observation d'une malade, pathomime certaine, que nous croyons pouvoir ranger dans le cadre des hypocondriaques simulateurs. Nous publions ici cette observation, inédite, mise très obligeamment à notre disposition.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, cultivatrice, originaire de la Somme, qui est venue échouer à Bordeaux à la suite d'une longue histoire pathologique qui en fait une véritable invalide depuis plus de vingt ans.

Pendant la guerre, après la mort de son mari, tué au front, elle a présenté plusieurs phlegmons amygdaliens. En 1918, elle commence à souffrir du rein droit : douleur sourde qui s'exagère à la mobilisation et l'oblige à garder le lit sous peine de souffrances intolérables; elle aurait eu alors plusieurs hématuries, sans phénomènes vésicaux.

Elle subit à Amiens, en 1921, une néphrectomie droite, dont les suites sont mouvementées : elle souffre « le martyr » pendant vingt jours, au bout desquels un abcès s'ouvre dans la plaie et amène du soulagement. Puis plusieurs autres abcès apparaissent au niveau de la paroi et sont incisés. Les douleurs abdominales persistant, elle est opérée quelques mois après, pour appendicectomie. Puis une troisième intervention est effectuée pour libération d'adhérences qui, dit-elle, « s'enroulaient autour des intestins comme de la laine ».

A la suite de cette dernière opération, d'autres abcès apparais-

sent de nouveau, et pendant dix ans la malade va présenter des séries d'abcès survenant par groupes de huit à dix, et situés toujours dans le même territoire : face antérieure de l'abdomen et des cuisses. Ils évoluent successivement, et aussitôt que l'un d'eux est ouvert, un autre commence; jamais deux abcès ne sont survenus en même temps. Ils sont d'abord incisés par le médecin sous anesthésie locale, mais bientôt ils nécessitent l'anesthésie générale, exigée par la malade et accordée docilement, semble-t-il, par le médecin; en effet, « l'anesthésie locale n'agit plus ».

Dans les premières années, le médecin combat cette suppuration récidivante par des séries d'injections intramusculaires qui, vers la dixième piqûre, espacent les abcès, puis les arrêtent. La malade obtient ainsi un répit de quatre à cinq mois.

Les années suivantes, les injections intramusculaires sont pratiquées et arrêtent également la suppuration vers la dixième piqûre, mais donnent un intervalle libre de huit à neuf mois entre les séries d'abcès.

Vers 1927, apparaissent, en outre, des douleurs au niveau du rein gauche, et que la malade compare à des « rages de dents ». Ces douleurs, qui surviennent par crises, sont suivies d'hématuries très transitoires; des examens d'urine, pratiqués le lendemain, ne montrent plus de sang.

D'autre part, au niveau de la cicatrice de néphrectomie, s'ouvre une fistule par laquelle « un peu d'urine s'échappe ». En effet, la malade constate que lorsqu'elle prend un cachet de bleu de méthylène le pansement est teinté de bleu pendant plusieurs jours et, chose curieuse, le reste bien après que les urines émises par les voies naturelles aient repris leur coloration normale.

Il y a six mois, à la suite d'un accident d'auto, survient une éventration au niveau de la cicatrice de laparotomie. Puis apparaissent des céphalées et des crises nerveuses au cours desquelles la malade crie et se débat; elles sont attribuées à l'urémie. En effet, bientôt une anurie complète s'installe et dure six semaines, s'accompagnant d'émissions de selles liquides, « l'urine passant par l'intestin ». Enfin un abcès de la paroi se déclare et amène la malade, qui se trouve de passage à Bordeaux chez son fils, à entrer, pour incision, à l'Hôpital Saint-André.

Dès son arrivée, elle recommence à uriner, et bientôt survient une hématurie chimiquement vérifiée; mais on a la surprise de constater qu'un sondage vésical, pratiqué quelques heures après l'hématurie, ramène une urine claire dans laquelle un examen microscopique ne révèle la présence d'aucune hématie. Par la suite, surviennent encore quelques hématuries isolées, les mictions sanglantes alternant avec des mictions absolument indemnes de toute trace de sang, même chimique et microscopique. L'abcès est incisé au bout de cinq jours, mais la température que présentait la malade ne tombe pas. Étonnée par la discordance entre l'hyperthermie et l'état général, la Sœur du service vérifie la prise de température, et celle-ci passe instantanément de 39°3 à 37°2, pour rester normale par la suite.

L'examen montre une femme en excellent état général apparent, mais dont l'abdomen et les cuisses présentent d'innombrables cicatrices d'abcès, toutes situées sur le plan antérieur. Il existe une éventration au niveau d'une cicatrice de laparotomie droite, et sur la cicatrice de néphrectomie une fistule borgne qui laisse suinter une sérosité sanguinolente. Les examens urologiques n'ont montré rien de spécial, si ce n'est le déficit normal après néphrectomie. Les urines émises dans l'intervalle des hématuries ne montrent rien de particulier. A noter l'existence d'hémorroïdes externes dont la malade ne parle pas spontanément, mais dont elle avoue, avec une répugnance visible, qu'elles saignent souvent à grosses gouttes.

Au point de vue psychique, il s'agit d'une femme qui paraît être d'un niveau mental convenable, s'exprime correctement, et n'a donné lieu, par son comportement dans la salle, à aucune remarque particulière. Sur l'histoire de sa maladie, elle est intarissable et donne avec précision tous les détails qu'on lui demande. Aucune question ne la trouve à court, elle emploie fréquemment et avec assez de bonheur des termes médicaux précis, comme une femme qu'a instruite une longue fréquentation de la maladie et des médecins; elle y ajoute quelques expressions personnelles assez imaginées, et c'est surtout dans la description des douleurs qu'elle excelle. Sur tout ce qui ne touche pas à sa maladie, elle

répond poliment, mais sans complaisance. Il est difficile d'avoir des détails sur sa vie familiale et sociale. Il semble qu'elle ait toujours, depuis la mort de son mari, vécu seule ou avec son fils unique. Depuis vingt ans, elle ne travaille plus et se consacre uniquement aux soins de sa santé, fréquentant tantôt les cliniques privées, tantôt les hôpitaux, selon ses ressources du moment. Elle a vu de multiples médecins et chirurgiens, dont beaucoup, dit-elle, n'ont rien compris à sa maladie. Il semble qu'elle ait des idées assez personnelles sur les traitements qu'on doit lui appliquer et surtout sur les différentes injections antiinfectieuses (septicémine, pyoformine, etc.), dont les unes lui sont néfastes, les autres salutaires. C'est elle qui, d'après ce qu'elle raconte, dirige habituellement le choix des médicaments. Elle pense d'ailleurs qu'elle est à peu près incurable, bien que des opérations appropriées doivent être susceptibles de l'améliorer. Elle semble avoir pris son parti de la gravité de son cas et ne pas s'en affecter outre mesure. Ce qui la préoccupe, ce sont davantage les symptômes, abcès, hématuries, fistule, que l'évolution générale de l'affection. Elle n'a aucune idée revendicatrice vis-à-vis des médecins et des chirurgiens auxquels elle a eu affaire, non plus qu'en ce qui concerne l'accident d'auto dont elle a été victime. Elle désire une intervention curative pour son éviscération et pour sa fistule, mais devant le refus catégorique du chirurgien, elle sort de l'hôpital sur sa demande, peu après l'incision de l'abcès, sans qu'on ait pu la prendre en flagrant délit ou qu'elle ait avoué quoi que ce soit.

*
**

Cette observation, que nous avons tenu à reproduire dans tous ses détails, nous paraît intéressante à plus d'un titre. Que cette malade soit une pathomime, cela est hors de doute; en effet, la simulation est certaine, en dehors de l'in vraisemblance de l'histoire pathologique, de ces abcès interminables, tous situés à portée de la main, de cette urémie qui guérit sans laisser de trace et de cette anurie de six semaines qui cesse au moment de l'entrée à l'hôpital et

laisse la malade dans un état général excellent; en dehors donc des éléments de probabilité, deux faits positifs étayent cette certitude : la constatation d'une température truquée et celle d'une hématurie abondante qui précède de quelques heures un sondage absolument négatif. Une hématurie authentique ne disparaît pas ainsi sans laisser au moins une trace microscopique. Il est vraisemblable que cette femme utilise le sang de ses hémorroïdes pour simuler l'hématurie. Ces deux éléments suffisent à prouver la supercherie; il est bien difficile de dire quand elle a commencé et ce qui, au milieu d'un cortège symptomatique surabondant, appartient à la pathologie légitime. Les abcès et les fistules paraissent en tout cas relever également de la pathomimie.

Signalons en passant l'extraordinaire aveuglement du ou des médecins qui ont incisé pendant deux années des abcès de la face antérieure de l'abdomen et des cuisses, souvent sous anesthésie générale, sans mettre en doute leur origine.

Mais le point le plus intéressant est la recherche des mobiles auxquels cette femme a pu obéir. Aucun intérêt matériel n'est en jeu; elle ne recherche aucune rente, aucune pension. Il ne s'agit pas d'une simulatrice banale et, d'autre part, le caractère évidemment volontaire des troubles élimine à notre sens toute idée d'hystérie. C'est donc bien une pathomime, d'après notre définition. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une mythomane, car rien, dans son histoire, dans la manière dont elle la raconte, dans son comportement, ne rappelle la vanité manifeste et souvent débile de ce genre de malades. Elle attire l'attention sur son seul passé pathologique, et ne parle qu'à regret de sa personnalité intime, de sa vie familiale et affective. Nous sommes loin du débâillage sentimental et de l'exhibitionnisme mental dont sont coutumiers les mythomanes. Aucune algophilie, aucune perversion émotive, ne paraît non plus être en jeu. Si les abcès provoqués et, chose curieuse, la néphrectomie initiale rapprochent cette femme de la jeune fille dont nous avons rapporté plus haut l'observation, il n'y a ici nulle trace de la

recherche d'une douleur dérivative, comme en font foi l'hématurie et l'hyperthermie simulées.

Au contraire, l'extraordinaire diversité des symptômes pathologiques présentés par cette malade, sa prolixité sur tout ce qui touche à son état de santé, la recherche d'opérations chirurgicales multiples, sa connaissance des médicaments et de leur action, sa vie tout entière centrée sur sa maladie protéiforme, nous paraissent devoir la ranger dans le cadre des hypocondriaques qui simulent pour intéresser le médecin à une maladie qu'ils croient réelle, mais dont ils ont compris que les signes subjectifs qu'ils ressentent sont insuffisants pour justifier les interventions nécessaires à leur cas.

Il nous manque évidemment, pour être catégorique, la confession de cette femme, mais nous croyons qu'il aurait été bien difficile de la faire renoncer à son système et de lui faire avouer sa simulation.

* * *

En terminant cette étude des différentes catégories de pathonimes, au cours de laquelle nous avons surtout, et à dessein, insisté sur deux variétés les plus rares mais les plus mal connues, cette observation nous amène à dire un mot des difficultés diagnostiques que certains cas peuvent présenter en pratique et auxquelles nous avons déjà fait allusion.

Le premier point délicat consiste à dépister la simulation : lorsque la notion d'intérêt matériel n'est pas en jeu, lorsque le ou la pathomime, car il s'agit souvent de femmes, est assez adroit, assez au courant de la pathologie, pour jouer son rôle avec vraisemblance et discernement, la supercherie pourra très bien passer inaperçue. Seuls l'aveu et le flagrant délit sont des preuves absolues, mais encore faut-il soupçonner la fraude et penser à la provoquer. Nous avons vu combien certains malades, et notamment les deux femmes dont nous rapportons les observations, ont pu bernier leurs médecins pendant des années sans jamais se faire prendre sur le fait ni même soupçonner.

La simulation prouvée, reste à en déterminer les mobiles, ce qui présente un certain intérêt à la fois diagnostique et thérapeutique. En effet, si le simulateur intéressé est du ressort de la médecine légale, le pithiatique relève de la contre-suggestion, le mythomane de la rééducation morale, le pervers algophile de la psychanalyse ou de la psychothérapie et l'hypocondriaque de la médication sédative. Mais que d'embûches dans ce diagnostic différentiel, que de cas limites, que d'observations difficiles à classer !

Le simulateur banal n'est-il pas souvent aussi un débile, ce qui explique la disproportion fréquente entre le but recherché et les moyens pour l'atteindre, ou un pervers constitutionnel dont l'amoralité foncière s'embarrasse peu de scrupules ou de remords ? N'est-il pas aussi quelquefois mythomane et ne prend-il pas un secret plaisir à attirer l'attention sur lui ?

Nous avons vu les difficultés qu'ont éprouvées tous les auteurs à séparer le pithiatisme de la supercherie, l'hystérie de la mythomanie. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet délicat où il semble que supercherie, névrose et mythomanie s'enchevêtrent à plaisir, peut-être par suite du terrain identique sur lequel elles évoluent.

La pathomimie du mythomane elle-même, qui semble difficile à reconnaître chez certains sujets très intelligents qui se servent de leur aptitude naturelle au mensonge pour bâtir une fable supplémentaire et faisant après la simulation de symptômes objectifs de la simulation mentale, aiguille dans une fausse voie le diagnostic psychiatrique. Ce sont ces malades qui parlent quelquefois d'obsession et d'impulsion irrésistibles. Le sujet de Dicu-lafoy, qui paraît bien un mythomane authentique et non un obsédé (il avait maquillé ses enfants pour faire croire à une maladie familiale), parle lui aussi, pour s'excuser, d'une force qui le pousse et dont il ne peut se défendre. D'autre part, Crouzon le tient pour un simulateur banal en quête d'une pension.

Nous avons vu que le pathomime algophile, psychasthén-

que et pervers émotif, se retranchait généralement dans le silence, voire dans l'autisme, et qu'il était souvent difficile de pénétrer dans son état affectif, de provoquer la confession révélatrice; si l'on n'y prend pas garde, si l'on se contente d'une étiquette superficielle, ce sujet passera pour un mythomane qui cache son jeu.

Enfin l'hypocondriaque, pathomime également, par sa prolixité, par son désir d'attirer l'attention du médecin sur sa maladie, son attitude revendicatrice, pourra faire penser à un mythomane ou à un pithiatique : il diffère cependant du premier par sa sincérité partielle, par la croyance qu'il a en sa maladie, bien qu'il croie nécessaire de la corser un peu pour la faire mieux traiter, et du second par le caractère volontaire des troubles qu'il surajoute et qui le transforment en simulateur ou plutôt en sursimulateur.

Devant la complexité de ces problèmes, il nous semble qu'il n'a pas été inutile de proposer ici un essai de classement des pathomimes qui, bien qu'imparfait et peut-être aussi incomplet, pourra servir de base à un approfondissement ultérieur de la question.

CONCLUSIONS

I. — Le mot de « pathomime », créé par Dieulafoy et Paul Bourget en 1908, désigne une catégorie de malades qui, sans intention de fraude ni de lucre, créent artificiellement les symptômes objectifs d'affections qu'ils n'ont pas. Depuis, on n'a guère désigné sous ce terme que des mythomanes simulateurs, et Dupré a pu dire que la pathomimie n'était qu'un département de la mythomanie. Cette opinion nous a paru nécessiter quelques correctifs, et nous avons entrepris, tout en restant dans le cadre de la définition de Dieulafoy, de tracer les limites de la pathomimie et d'en préciser les divers aspects psychiatriques.

II. — Nous avons d'abord éliminé, comme faux pathomimes, deux catégories de malades :

1° Les simulateurs banaux, qui sont mus par un intérêt matériel évident, et proportionnent en général le sacrifice consenti au profit escompté; ils se recrutent surtout dans les milieux militaires et pénitenciaires, et aussi chez ceux qui bénéficient des lois d'assistance sociale;

2° les hystériques, ou plus exactement les pithiatiques, qui répondent à la définition de Babinski, chez qui la simulation morbide est inconsciente, involontaire et accessible à la contre-suggestion sous toutes ses formes; les hystériques non pithiatiques, pour la plupart simulateurs conscients, nous paraissent être plutôt des mythomanes.

III. — Dans le cadre des vrais pathomimes, nous avons cru pouvoir distinguer trois sortes de malades, très différents du point de vue du déterminisme mental de leurs actes :

1° Les pathomimes mythomanes, pour satisfaire leur

vanité morbide, dans « leur appétit impérieux d'être un centre », groupent la majeure partie des simulateurs matériellement désintéressés. La pathomimie est alors la manifestation extrême, souvent facilitée par un certain degré de débilité mentale, de la constitution mythomaniacque si bien décrite par Dupré.

2° D'autres malades, et nous pensons en avoir rapporté une observation démonstrative, aboutissent à la pathomimie par un mécanisme très différent. Doués d'une constitution hyperémotive, et présentant souvent des stigmates psychasthéniques, ceux-ci trouvent dans la douleur une dérivation à un état mental pénible ou obsédant, et les manifestations morbides qu'ils sont obligés de simuler pour obtenir cette douleur sans éveiller l'attention de l'entourage prennent la valeur d'une de ces agitations forcées définies par P. Janet; bientôt se crée chez eux un besoin obsédant et impulsif, non sans rapport avec celui des toxicomanes, une recherche de la douleur pour la douleur, véritable perversion émotive, au sens d'Achille Delmas. C'est pour eux que nous proposons le terme de pathomimes algophiles.

3° Enfin, certains hypocondriaques, poussés par l'« exagération du souci de leur propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci » (Abadie), en arrivent à créer de toutes pièces des symptômes pathologiques, soit pour forcer l'attention de leur entourage, sur leur état de santé, soit pour attirer la considération de leur médecin sur la gravité ou la signification de cet état de santé, et sur les traitements qu'ils jugent indispensables. Dans cette catégorie nous paraissent entrer beaucoup de « chirurgicomanes ».

IV. — Le diagnostic de ces diverses variétés de pathomimes sera quelquefois délicat : si les mythomanes, par les manifestations excessives auxquelles ils se livrent et par leur désir évident d'attirer l'attention sur eux sont, dans la plupart des cas, facilement identifiés, les algophiles, souvent réticents ou repliés sur eux-mêmes, risquent d'être méconnus si l'on ne

sait pas ou si l'on ne peut pas obtenir d'eux une confession complète; enfin les hypocondriaques, particulièrement dangereux pour le médecin et le chirurgien, sont d'un dépistage parfois très difficile.

Il existe, d'autre part, un certain nombre de cas où les associations constitutionnelles rendent difficile une délimitation précise entre les divers types, et souvent impossible leur classification dans un cadre nosologique bien déterminé.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 juillet 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons limité la bibliographie aux ouvrages et articles qui nous ont servi à l'élaboration de ce travail.

ABADIE. — L'hypocondrie et la constitution hypocondriaque (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1930).

ALBRESPY. — Un cas de pathomimie. *Arch. méd.-chir. de province*, n° 11, nov. 1928, p. 348.

BARUK. — Psychiatrie médicale, physiologie expérimentale. Masson, 1938.

— Rapports sur l'hystérie et les fonctions psychomotrices. XXXIX Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. *Presse médicale*, 1935, p. 1381.

BAUZET (P.). — Pathomimie chirurgicale (simulation de perforations gastriques). *Presse médicale*, 42, 1731-1732, nov. 1934.

BLECHMANN. — Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans. *Ann. méd.-psychol.*, 1935, p. 826.

BOISSEAU. — Hystérie et simulation. *Revue neurologique*, 66, nov. 1936, p. 592-600.

— Conception nouvelle de l'hystérie et son traitement. *Presse médicale*, sept. 1936, p. 1387.

BOUDON et CARAVEY. — Un cas de mythomanie : double trépanation pour accidents méningés simulés. Soc. de psychiatrie, 18 mars 1909, *Encéphale*, 1909, t. 1, p. 374.

BUSSEL. — Etat mental des toxicomanes, Thèse Paris, 1936.

CASAZZA (R.). — Sulla patimimia cutanea delle iste ricche. *Bull. d. Soc. med. chirurg. di Pavia*, n° 4, 4, 547-549, 1929.

CODET. — Le problème de l'hystérie. *L'évolution psychiatrique*, 1936.

COSTEDAT. — La simulation des symptômes pathologiques et des maladies. Baillière, Paris, 1933.

- COURBON. — L'hypocondrie de désœuvrement. *Ann. méd.-psych.*, 1931.
- La douleur physique dans les états émotionnels et les états mentaux. *Ann. méd.-psych.*, p. 890, 22 déc. 1936.
- COURBON, MARS (Louis). — Syndrome mixte d'hypocondrie. *Ann. méd.-psych.*, 1935.
- CROUZON (O.). — Discussion à la Société médico-psychologique, 22 déc. 1936.
- DELMAS (F.-A.). — Le rôle et l'importance des constitutions en psycho-pathologie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1932.
- Les rapports de l'hypocondrie et de la constitution paranoïaque. *Ann. méd.-psychol.*, juin 1931, p. 1-7.
- DELMAS-MARSALET. — Evolution des idées sur l'hystérie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1936, p. 195.
- DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN et LAFON. — Etude clinique d'une pathomime. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 mars 1938.
- DIEULAFOY. — Communication à l'Académie de médecine, juin 1908. *Presse médicale*, 1908, p. 369.
- DUPRÉ. — Discussion de l'observation de Boudon et Caravey. *Encéphale*, 1909, t. 1, p. 378.
- La mythomanie. *Bull. méd.*, 1905, n° 25, p. 87.
- Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Payot, 1925.
- DUPRÉ et LOGRE. — Hystérie et mythomanie. Congrès d'Amiens, 1912.
- ESCHBACH. — Opérations pour ulcères gastriques simulés chez des hypocondriaques. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, nov. 1937, p. 1432, 1433.
- FERDIÈRE, DAUMÉZON. — Réactions pathomimes d'un débile. *Ann. méd.-psych.*, 1937, p. 579.
- FRÉRET et ROUGEAN. — Pathomimie chez un débile vaniteux. *Soc. méd.-psych.*, avril 1937.
- FRÉTIGNY. — Autisme mythomaniac. Thèse Paris, 1936.
- GATÉ (J.), BOSONNET (G.), MICHEL (P.). — Pathomimie cutanée. *Journ. de méd. de Lyon*, mai 1929.

- GATÉ (J.), BOSONNET (G.), MICHEL (P.). — Un cas de pathomimie cutanée. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, mars 1929.
- GIDE. — Si le grain ne meurt (N. R. F.).
- HEUYER. — Mécanisme de production des accidents pithiatiques. *La Médecine*, 1937.
- HEUYER et NACHT. — Un cas d'obsession guéri par réalisation de l'idée obsédante. *Soc. méd.-psychol.*, mai 1934, p. 720.
- JACOBSON. — La mythomanie simple. Thèse Paris, 1936.
- JANET (P.). — Les obsessions et la psychasthénie. Alcan, 1919.
- LABBÉ (Marcel). — *Revue neurologique*, 1933, p. 474-480.
- LACASSAGNE et FRIESS. — Deux cas de pathomimie vénérienne. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, févr. 1932, p. 453.
- LHERMITE et AMAN (J.). — *Revue neurologique*, 1937, t. 1, p. 207.
- LOGRE. — Etat mental des hystériques. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. VII, Psychiatrie, 1^{re} partie, p. 312-372, Maloine.
- Toxicomanie, Stock, 1924.
- MAILLET (Raymond). — Terrain organique de l'obsession. *Progrès médical*, n° 23, juin, 1935.
- MARAGLIANO (E.). Sulla patomimia. *Cron. d. clin. méd. di Genova*, 1909, p. 129-145.
- NICOLAS (J.), MASSIA (J.) et LEBEUF (F.). — Pathomimie cutanée. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, réunion dermatol. de Lyon, 39, p. 498-500, avril 1932.
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie, Doin. 1923.
- ROGER, ALLIEZ, PAILLAS. — Une chirurgicomane. *Ann. méd.-psychol.*, p. 883, 28 déc. 1936.
- SABOURAUD. — Pathomimie cutanée. *Journ. de méd. de Lyon*, mai 1939.
- TISSÉ. — *Revue scientifique*, 1896, t. II, p. 645.
- TRUBERT. — Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie, Thèse Paris, 1929.
- VOIVENEL (P.). — Le médecin devant la souffrance et devant la mort.

